

Des différents procédés d'Ouverture DE L'OREILLE MOYENNE

Dans le traitement de l'Otorrhée

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Juin 1906.

PAR

Frédéric THÉBAUD

Né au Faouët (Morbihan), le 13 Décembre 1878.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DEMONS, professeur.....	Président.
		MOURE, professeur-adjoint	{ Juges.
		DENUCE, agrégé.....	
		CHAVANNAZ, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56 rue du Hautoir, 56

1906

Des différents procédés d'Ouverture DE L'OREILLE MOYENNE

Dans le traitement de l'Otorrhée

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Juin 1906.

PAR

Frédéric THÉBAUD

Né au Faouët (Morbihan), le 13 Décembre 1878.

Examinateurs de la Thèse

{	MM. DEMONS, professeur.....	<i>Président.</i>
	MOURE, professeur-adjoint	
	DENUCE, agrégé.....	{ <i>Juges.</i>
	CHAVANNAZ, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56 rue du Hautoir, 56

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ.....
 DUPUY.....
 FIGUIER..... } Professeurs honoraires.

MM.	MM.
Clinique interne.....	PICOT.
Clinique externe.....	PITRES.
Pathologie et thérapeutique générales.....	DEMONS.
Thérapeutique.....	LANELONGUE.
Médecine opératoire.....	VERGELY.
Clinique d'accouchements.....	ARNOZAN.
Anatomie pathologique.....	MASSE.
Anatomie.....	LEFOUR.
Anatomie générale et histologie.....	COYNE.
Physiologie.....	CANNIEU.
Hygiène.....	VIAULT.
Médecine légale.....	JOLYET.
Physique biologique et électricité médicale.	LAYET.
	MORACHE.
	BERGONIE.
	Chimie.....
	Histoire naturelle.....
	Pharmacie.....
	Matière médicale.....
	Médecine expérimentale
	Clinique ophtalmologique.....
	Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....
	Clinique gynécologique.
	Clinique médicale des maladies des enfants.
	Chimie biologique.....
	Physique pharmaceutique.....
	Pathologie exotique....
	BLAREZ.
	GUILLAUD.
	DUPOUY.
	DE NABIAS.
	FERRE.
	BADAL.
	VENOT (chargé).
	BOURSIER.
	MOUSSON.
	DENIGES.
	SIGALAS.
	LE DANTEC.

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS. | MM. VERGER.
 MONGOUR. | ABADIE.
 CABANNES.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe... { MM. CHAVANNAZ.
 BEGOUIN.
 VENOT. | Accouchements..... { MM. FIEUX.
 ANDÉRODIAS

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... { MM. GENTES.
 CAVALIE. | Physiologie..... MM. GAUTRELET
 Histoire naturelle..... BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH. | Pharmacie..... M. BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie externe..... DENUCÉ
 Pathologie interne..... RONDOT.
 Accouchements..... FIEUX.
 Physiologie..... GAUTRELET.
 Ophtalmologie..... LAGRANGE.
 Hydrologie et minéralogie..... BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma
profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

A MES TANTES

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. BRINDEL

AIDE DE CLINIQUE DES MALADIES DU LARYNX, DES OREILLES ET DU NEZ
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous sommes heureux de venir, en tête de ce travail, exprimer à nos maîtres nos remerciements les plus sincères et notre profonde reconnaissance.

Nous aimons à nous rappeler les quelques mois que nous avons passés à Rennes dans les services de MM. les Professeurs Bertheux, Dayot et Millardet. Nous ne saurons jamais être assez reconnaissant envers ces maîtres éminents qui nous ont initié à l'étude de la clinique et nous ont toujours montré une très grande bienveillance.

Que nos maîtres de la Faculté de Bordeaux, et en particulier MM. les Professeurs Pîtres, Picot, Demons, Lane-longue et M. le Professeur agrégé Abadie reçoivent ici nos remerciements et l'expression de notre gratitude. C'est avec un très vif intérêt que nous avons toujours suivi leurs savantes cliniques.

Merci encore à M. le docteur A. Brindel, qui nous a donné le sujet de ce travail et les Observations qui lui font suite.

Nous sommes confus de l'honneur que nous fait M. le Professeur Demons en acceptant la présidence de cette thèse.

Il nous reste enfin à remercier tous nos amis et en particulier notre ami H. Magne, dont l'esprit méthodique nous a été d'un puissant secours pour la rédaction de l'historique de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Un préjugé funeste, longtemps et même encore aujourd'hui enraciné dans l'esprit du public et de quelques médecins, préjugé qui consistait à avoir dans l'otorrhée, surtout chez les jeunes enfants, un émonctoire nécessaire à la santé, a contribué à écarter tout traitement de cette affection.

Pendant longtemps, des injections de substances médicamenteuses, les douches d'air, furent les seuls remèdes apportés à cette maladie. L'idée, qui veut que toute collection purulente doit être ouverte et drainée, mit beaucoup de temps à se faire jour, lorsqu'il s'agissait d'une suppuration de l'oreille.

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, quelques essais de trépanation sont faites, mais un peu au hasard et sans indication.

Pour la première fois, en 1649, Riolan propose et exécute la trépanation de l'apophyse mastoïde pour remédier à la surdité causée par l'obstruction de la trompe d'Eustache dans un cas de catharre aigu.

En 1750 cette opération est de nouveau pratiquée par J. L. Petit pour une inflammation aiguë de l'apophyse mastoïde. A peu près à la même époque, l'ouverture est de nouveau pratiquée par Morand pour une carie.

Quelques années plus tard, en 1776, Jasser, chirurgien prus-

sien trépane l'apophyse mastoïde pour guérir les abcès mastoïdiens et la surdité. Jasser trouve de nombreux imitateurs qui font abus de la nouvelle opération; ils ouvrent les mastoïdes sans indications précises. Naturellement, de nombreux cas d'insuccès, dont quelques-uns suivis de mort, se produisent. Le décès d'un médecin Danois, nommé Berger, qui se fit opérer en 1791, étant atteint de surdité chronique sans suppuration de l'oreille moyenne, achève de jeter le discrédit sur la nouvelle opération. Une réaction fâcheuse se se produit. De bons praticiens, tels que Bonnafond, Wilde et Itard, rejettent systématiquement l'ouverture de la mastoïde, même dans les cas où elle est le siège d'un abcès. La période d'arrêt dure 70 ans environ.

A la suite de nombreuses observations prises au lit du malade, et de nombreuses études anatomo-pathologiques faites par Von Tröltzsch, Forget, Jacoby, Moos, Mayer, Bezold et surtout Schwartz, l'opération est de nouveau préconisée et pratiquée timidement vers 1860.

La nécessité d'un traitement chirurgical apparaît de plus en plus; les injections de poudres et de substances médicamenteuses, les douches d'air, n'apportent pas toujours un bon résultat. La suppuration persiste pendant très longtemps car les organes contenus dans la caisse (ligaments et osselets) subdivisent cette région en autant de cloaques qui retiennent le pus et empêchent les substances médicamenteuses d'y accéder.

De nombreux opérateurs, Ludwig, Stacke, Schwartz, Scheineiglow, Colles, Jack, Milligan, Grunels, Wetzell, Luc et Lubet Barbon, ont alors l'idée, pour favoriser l'écoulement du pus, d'enlever les osselets malades. Ce procédé amène un progrès dans le traitement de l'otorrhée, toutefois il peut provoquer la blessure de la corde du tympan et du facial. La suppuration persiste assez souvent, car elle peut s'étendre à d'autres points du rocher et à l'apophyse mastoïde. On n'est donc pas encore bien fixé sur le siège précis de la suppuration.

Politzer, de Vienne, indique en 1884, que dans l'otorrhée, l'apophyse mastoïde peut contenir des débris osseux, du pus, sans que le patient ait éprouvé de douleur, ni spontanément, ni sous une forte pression, et sans modification extérieure de l'apophyse. Mais il hésite à intervenir. « Je crois, dit-il, qu'en l'absence de symptômes menaçants l'opération n'est indiquée que si les moyens thérapeutiques sont restés sans résultat, après avoir été employés pendant plusieurs jours. ».

Politzer a donc apporté une observation très utile. L'apophyse mastoïde peut contenir du pus, même lorsqu'elle paraît saine, et cependant, lorsqu'il en fait la trépanation, il subordonne simplement l'étendue de la brèche osseuse à la consistance plus au moins dure de l'os. Parfois il ouvre la mastoïde sans pénétrer dans l'antre, parfois il ouvre l'antre; parfois enfin il pousse la brèche jusqu'à la caisse.

En 1885, Schwartz de Hall, préconise l'ouverture de la mastoïde, même dans le cas où elle paraît extérieurement saine pour en évacuer le pus et les cholestéatomes. Il n'existe pas à cette époque de véritable procédé d'ouverture de l'oreille moyenne, on ne connaît pas encore tous les sièges de la suppuration: on en est à l'ère des tâtonnements.

En 1888, le chirurgien français Duplay, dans sa revue critique, essaie de préciser les indications et le manuel opératoire. En Allemagne, les progrès sont plus féconds dans cette direction.

A la suite d'une discussion célèbre qui eut lieu le 18 décembre 1888 à la Société médicale de Berlin, entre le chirurgien Bergmann et le médecin Hartmann, à propos du traitement médical et chirurgical de l'otorrhée, le chirurgien Küster attire l'attention sur un procédé d'ouverture de l'oreille moyenne. Ce procédé, attribué à tort à Stacke, qui n'a fait que le perfectionner et le vulgariser, est véritablement le premier en date, parce qu'il précise les indications de l'intervention et qu'il compte à son actif de nombreux succès.

Küster apporte des faits: il a ouvert l'oreille moyenne quarante fois sur 39 sujets; six seulement sont morts, dont quatre par abcès du cerveau et deux de méningite.

Le procédé de Küster varie selon que la membrane du tympan et les osselets sont détruits en partie ou en totalité. En voici la description sommaire d'après Küster lui-même:

Premier cas. — Les osselets et le tympan sont totalement détruits, l'ouïe est perdue.

« Je résèque jusque dans l'oreille moyenne, puis j'introduis un drain à travers le conduit auditif, où je tamponne la cavité purulente. »

Deuxième cas. — Les osselets et le tympan sont entièrement détruits, il faut les conserver.

« On se contentera de réséquer le conduit auditif, ou plutôt d'enlever toute la paroi postérieure en dehors de la membrane du tympan, et on introduira un drain à cette place. »

Le traitement chirurgical de l'otorrhée ne tarde pas à entrer dans la pratique; les progrès de l'opération se précipitent. Le chirurgien allemand Bergmann apporte de nouveaux faits dans l'indication de l'intervention. On peut résumer en quelques mots le procédé employé par Bergmann sur un de ses malades. Il fait une incision en arc derrière le pavillon qu'il rabat en avant, il met à nu le conduit auditif osseux; il résèque ensuite la partie de l'apophyse mastoïde qui confine à la paroi postérieure du conduit auditif et une partie de la paroi supérieure de ce conduit.

Ainsi il apparaît que les brèches osseuses de plus en plus larges sont nécessaires; elles donnent plus de jour, permettent un râclage plus facile et exposent moins le malade à une rechute.

C'est encore à un chirurgien allemand Stacke, qu'on doit un progrès dans l'ouverture de l'oreille moyenne. Quoique sa méthode soit à peu près semblable à celle de Küster, elle en diffère un peu par les limites qu'il donne à l'opération, limite qu'il étend à l'autre,

Au Congrès de Berlin, du 5 août 1890, Stacke présente un ouvrage dans lequel il indique son mode d'intervention. Il incise le conduit auditif externe et le pavillon qu'il rabat en avant, il ouvre la membrane du tympan, il montre la nécessité d'ouvrir l'attique et, si c'est nécessaire, s'il y a du pus au niveau de l'aditus, il prolonge la brèche jusqu'à l'antre. Il croyait qu'il était inutile d'ouvrir l'antre, quand pendant l'intervention la mastoïde paraissait saine. Cependant, au Congrès de Hall, en 1890, il fait remarquer qu'il a été obligé d'intervenir de nouveau pour infection secondaire de la mastoïde.

L'ouverture de l'antre est donc nécessaire. Depuis cette époque un nouveau procédé a été introduit et a prévalu dans la pratique opératoire, procédé qui a pris différents noms, mais que l'on a l'habitude de nommer procédé de Schwartz.

Après Stacke, Schwartz avec les otologistes modernes, Kœrner, Panse, Prichard, Lubet-Barbon, Luc et Moure estiment que l'ouverture de l'antre est absolument nécessaire.

Le procédé de Schwartz, à peu près semblable à celui de Stacke en diffère par la marche de l'opération. Il commence par ouvrir l'apophyse mastoïde, pénètre dans l'antre, puis par l'aditus jusqu'à la caisse. Il suit donc une marche inverse à celle de Stacke.

Les deux grandes méthodes d'ouverture de l'oreille moyenne présentent des dangers.

La méthode de Stacke, Küster et Bergmann, a l'inconvénient d'amener quelquefois la blessure du nerf facial, de la corde du tympan, du canal-semi-circulaire. Toutefois, il est juste d'ajouter que Stacke a introduit dans le matériel opératoire un instrument, qui, manié avec attention, permet de diminuer les chances de lésion du facial, et du canal semi-circulaire; il porte le nom de protecteur de Stacke. Outre cet avantage, Stacke possède dans son mode opératoire sur Bergmann et Rüster, celui de conserver l'étrier et l'ouïe par conséquent.

La méthode de Schwartz, Zaüfal; etc., présente l'incon-

vénient de permettre la blessure du sinus latéral, dont la position est variable chez l'adulte, mais invariable chez l'enfant.

Nous n'avons pas à apprécier ici ces deux méthodes. Pour terminer l'histoire du traitement chirurgical de l'otorrhée, il est juste de rappeler les noms de quelques otologistes qui se sont fait remarquer par les travaux dans ces dernières années. Ce sont MM. Luc, Lubet-Barbon, Duplay et M. le Professeur Moure. Il est également juste d'ajouter que M. le Professeur Moure a contribué à améliorer l'opération et ses résultats par les conseils de prudence qu'il donne, par quelques innovations qu'il a apportées dans l'instrumentation et par la rapidité avec laquelle s'opère la guérison sans cicatrice apparente.

CHAPITRE II

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES

L'anatomie de l'oreille étant étudiée en détail dans les ouvrages de Testut et de Poirier, nous ne voulons pas en faire ici une description complète, qui n'aurait aucune raison d'être. Nous avons l'intention d'insister sur les points qui peuvent intéresser le praticien appelé à pratiquer une ouverture large de la caisse et de ses annexes, sur les rapports importants de cette région, et sur les anomalies fréquentes qu'elle présente. Nous étudierons successivement l'attique, l'aditus ad antrum, l'antre et les cellules mastoïdiennes.

Avant de décrire la région postéro-supérieure de la caisse ou attique, il nous paraît utile de dire quelques mots sur la caisse du tympan. C'est une cavité intermédiaire entre le conduit auditif externe et le labyrinthe; elle contient les osselets réunis entre eux par des ligaments et des muscles. Aplatie de dehors en dedans, oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans, elle n'est accessible aux regards de l'opérateur qu'à sa partie moyenne. La région postéro-supérieure, ainsi que la partie inférieure échappent à l'examen direct.

La partie inférieure a la forme d'une gouttière à parois régulières; aussi le pus provenant de l'inflammation de la caisse peut séjourner longtemps, si l'on ne prend soin de pratiquer des irrigations abondantes et bien dirigées.

La partie postéro-supérieure ou attique, encore appelée loge des osselets, recessus épitympanicus, sus-cavité, coupole, a une longueur de 13 millimètres environ, une profondeur de 6 millimètres et une largeur de 6 millimètres. Malherbe, dans sa thèse inaugurale en 1895, en donne une description exacte et précise; nous ne pouvons mieux faire que de la reproduire. On peut lui considérer:

« Une paroi inférieure, virtuelle, formée par le col de marteau, le corps de l'enclume, la courte branche de l'enclume qui va se loger dans l'angle inférieur de l'aditus ad antrum, et une cloison membraneuse complète ou incomplète qui s'insère en arrière à l'angle inférieur de l'aditus, en avant au ligament antérieur du marteau.

» Une paroi supérieure ou tegmen tympani, en forme de dôme, constitué par l'union de la portion squameuse et de la portion pétreuse du temporal.

» Cette lame osseuse d'épaisseur variable sépare l'attique de la fosse cérébrale moyenne. Elle présente assez souvent des lacunes au niveau desquelles la muqueuse de la loge des osselets se trouve en contact avec la dure-mère.

» La paroi antérieure, virtuelle, n'est autre que le point d'union des parois interne et externe; sa limite inférieure est le rebord osseux qui sépare le conduit du muscle du marteau et l'orifice tympanique de la trompe.

» Sa paroi postérieure est formée par l'orifice de l'aditus ad antrum.

» La paroi interne, portion supérieure de la paroi interne de la caisse, présente à considérer d'arrière en avant des organes importants, tels que la voussure du canal semi-circulaire externe, la saillie du canal facial, enfin, tout à fait en avant la gouttière du muscle du marteau.

La paroi externe qui forme précisément l'obstacle qui cache à la vue la cavité de l'attique est constituée inférieurement par cette partie supérieure de la membrane du tympan, qui porte le nom de membrane de Schrapnell; plus haut, par une lamelle osseuse appartenant à la portion écailleuse du temporal et mesurant 4 à 6 millimètres de hauteur.

Cette cavité ainsi délimitée est remplie par de nombreux organes qui la cloisonnent d'avant en arrière et la divisent en deux parties externe et interne. La cloison, en partie membraneuse, en partie osseuse, va de l'aditus à la lamelle osseuse qui sépare l'orifice tubaire du conduit du muscle du marteau. Cette cloison est formée d'arrière en avant par la courte branche de l'enclume, le corps de l'enclume, la tête et le corps du marteau: la longue apophyse du marteau est complétée par des replis muqueux à peu près constants. La portion externe n'existe pour ainsi dire qu'à l'état virtuel, le corps de l'enclume étant presque accolé à la saillie du facial.

La caisse du tympan communique avec l'antre par un canal osseux, connu sous le nom de aditus ad antrum. C'est un canal très court, prismatique, et triangulaire, appelé par Sappey canal pétro-mastoïdien. L'aditus ad antrum a une paroi supérieure concave, une paroi externe régulière et plane et une paroi interne convexe et lisse, répondant au canal demi-circulaire externe.

L'antre mastoïdien, ou pétreux, encore appelé antre pétro-mastoïdien, ou tout simplement l'antre, est une cavité constante qui fait suite à l'aditus. Cette cavité présente des différences parfois très considérables suivant que l'on examine un enfant ou un adulte.

Malherbe a étudié cette question avec beaucoup de soin et a reconnu que chez l'enfant il se présentait avec des dimensions beaucoup plus considérables que chez l'adulte, et que la communication avec l'attique se faisait par un canal large. Chez l'adulte les limites de cette cavité deviennent moins nettes à mesure que le temporal se déve-

loppe, à tel point que l'on ne peut guère lui reconnaître qu'un seul caractère fixe, celui d'être constant. On peut lui considérer une paroi supérieure formée par le tegmen tympani, qui est très mince, et souvent même perforé, si bien qu'une suppuration de cette région s'étend presque fatalement aux méninges. La paroi interne est inégale et creusée de petites cellules; elle répond à la face postérieure du rocher et à sa portion descendante. La paroi externe formée par l'écaille peut parfois atteindre deux centimètres d'épaisseur; on y rencontre des cellules à travers lesquelles on peut arriver jusqu'à l'antre.

Les cellules mastoïdiennes sont des cellules ayant des dimensions très variables. Quelquefois elles occupent presque toute ou même toute l'épaisseur de la mastoïde, et viennent s'ouvrir sous le périoste, tandis que parfois elles ont des dimensions très minimales. Ces cellules ont été l'objet d'une étude spéciale de Ricard qui a classé les apophyses mastoïdes en apophyses pneumatiques, diploïques, scléreuses et mixtes.

Dans cette région, les rapports importants sont ceux du nerf facial, du sinus latéral et du canal semi-circulaire externe.

A la partie interne, le nerf facial se trouve à deux millimètres environ de la paroi postérieure de la caisse; il se trouve placé dans un canal distant de la surface osseuse d'environ 15 millimètres; il n'y a donc, en cet endroit, que peu de danger de le blesser.

A la partie antérieure de l'apophyse mastoïde répondant au bord postérieur du conduit auditif dans ses 2/3 inférieurs, il n'en est pas de même. A ce niveau, il devient plus superficiel, distant de la surface de 4 à 5 millimètres. L'ouverture de l'antre ne présente aucun danger pour le nerf facial; mais où il faut faire la plus grande attention c'est lorsque l'on fait sauter l'aditus pour établir une large communication entre la caisse et l'antre. Il faut que la gouge fasse sauter par petits fragments la partie antérieure de l'aditus, et l'opérateur doit faire à un aide tenir le protecteur de Stacke

dans une situation telle que, la gouge venant de déraiper, elle vienne buter dans le protecteur et non dans la paroi osseuse sous-jacente. Pendant ce temps de l'opération, qui est très délicate, l'opérateur doit songer au canal semi-circulaire externe qui est parallèle au nerf facial et situé au-dessus de lui à une distance très faible.

Le sinus latéral, dont les rapports sont très importants à connaître, a, dans cette région une situation très variable. Pour Tillaux, il répondrait à la face interne et au bord antérieur de la mastoïde; pour Ricard il serait en rapport avec son bord postérieur. Poirier prétend qu'il occupe le tiers moyen de l'apophyse. Garnault a voulu établir son siège d'après la forme du crâne, mais il n'a rien trouvé de précis. Lubet-Barbon et Broca disent qu'en règle générale il n'y a pas de danger d'ouvrir le sinus si l'on se tient à 15 ou 18 millimètres en arrière du conduit. Pour Hartmann il serait plus en avant. Ricard constate cette opinion et dit qu'en trépanant à l'endroit indiqué par Hartmann « la trépanation l'atteindrait sûrement ». Quant à la profondeur à laquelle il se trouve, on ne peut rien affirmer: parfois, il est à 1 ou 2 centimètres de profondeur; d'autres fois, au contraire, il est sous-périostique ou recouvert d'une lamelle osseuse insignifiante.

CHAPITRE III

INDICATIONS OPERATOIRES

Dans la grande majorité des cas, les malades viennent consulter pour un écoulement d'oreille datant depuis de longues années. Le pus qui s'écoule par le conduit auditif externe est un pus jaunâtre exhalant une odeur infecte, il n'est pas homogène; il renferme des grumeaux putréfiés, des masses cholestéatomateuses.

Après avoir nettoyé avec soin le conduit auditif, l'examen otoscopique permet de voir la membrane du tympan. Elle se présente sous différents aspects; tantôt elle est perforée sur une assez grande étendue, tantôt elle ne présente qu'une perforation très petite de la membrane de Schramm, laquelle est souvent entourée de petits polypes. A l'examen des osselets, il arrive très souvent que l'on n'obtient rien; d'autres fois, au contraire, le stylet introduit dans la caisse permet à l'opérateur de poser le diagnostic de carie des osselets. Dans ce cas, il est indiqué d'en pratiquer l'ablation et de soumettre le patient à de fréquentes injections antiseptiques. Dans le cas où l'examen aurait révélé l'existence de fongosités, il faudrait sans retard les gratter et les toucher avec une solution de chlorure de zinc au 1/3 puis faire de fréquentes injections.

Si après cette opération on constate que l'état du malade ne s'améliore pas, qu'il se plaint de la tête, et qu'à l'examen de la caisse celle-ci paraît saine, il faut nécessairement songer à une suppuration dont la source provient d'une région inaccessible aux regards, à l'attique ou à l'antre. Pour s'assurer si la suppuration provient de l'attique, il y a un moyen qui est le suivant: avec une canule de Hartmann, dont la courbure est faite de façon à pouvoir pénétrer dans l'attique, on lance une injection dans cette partie de la caisse, et bientôt on voit du pus sortir en même temps que le liquide injecté. L'opérateur peut essayer de tarir la suppuration en faisant des injections de chlorure de zinc au 1/30, mais il est rare qu'il arrive à un résultat satisfaisant. Dans ce cas, il est indiqué de recourir à l'ouverture large de la caisse. On opérerait de la même façon si l'on constatait l'existence de petits polypes implantés sur la membrane de Schrapnell, car ces polypes reconnaissent toujours pour cause une suppuration permanente de la caisse; de plus, ils ont une tendance très marquée à la récurrence, donc pour les supprimer il faut trépaner et cureter avec le plus grand soin. De même pour les fistules et dans le cas de perforation de la membrane de Schrapnell; si l'on intervient pas assez vite, il y a lieu de craindre la formation d'un abcès dans le cerveau.

CHAPITRE IV

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Opération de Stacke

Le sujet étant en résolution chloroformique, les cheveux rasés au-dessus et en arrière du pavillon de l'oreille, la peau de la région rétro-auriculaire et temporale, le conduit auditif et le pavillon désinfectés avec soin, on pratique l'incision des téguments.

Cette incision doit partir de un centimètre au-dessus de l'insertion supérieure du pavillon de l'oreille; elle suit d'abord une direction parallèle à son attache et à sa partie inférieure elle prend une direction oblique, en bas et arrière pour venir se terminer à la pointe de l'apophyse mastoïde. Aussitôt l'incision faite, on pince immédiatement les vaisseaux qui donnent. Le périoste est ruginé et décollé de l'os en avant et en arrière de la plaie; on refoule les 2 bords en avant et en arrière au moyen d'écarteurs (l'écarteur de M. le Professeur Moure est spécialement construit dans ce but). On doit découvrir ainsi les 2/3 antérieurs de la mastoïde et en avant le conduit auditif, dans ses parties supérieures, postérieures et inférieures.

Ceci fait, l'opérateur va décoller de l'os le conduit auditif membraneux. Ce décollement peut s'effectuer au moyen

d'une rugine simple, ou de rugines spéciales, dont les courbures varient selon que l'opération porte sur l'oreille droite ou sur l'oreille gauche. Ce temps de l'opération est très délicat, car le conduit membraneux est très fragile, et il faut éviter de le déchirer. L'opérateur doit pousser le décollement le plus près possible de la membrane du tympan.

Le conduit étant détaché de l'os sur la plus grande étendue possible, il reste à le sectionner dans sa partie postérieure seulement. Pour cela on a avantage à se servir d'un bistouri fin et courbe, après avoir bourré le conduit soit de gaze stérile, ou de coton. Si par hasard le conduit était trop étroit pour permettre au bistouri de passer, on pourrait sans inconvénient faciliter son entrée en donnant quelques coups de gouge à la partie supérieure et postérieure du conduit osseux. Quand la section du conduit est faite, on enlève délicatement le tampon de gaze ou de coton et on le remplace par une mèche de gaze qui le traverse de part en part et permet de le récliner en même temps que la lèvre antérieure de la plaie et le pavillon de l'oreille.

Si ce temps de l'opération est pratiqué d'une façon irréprochable, l'opérateur peut procéder tout de suite à l'ablation des osselets; mais très souvent, pour ne pas dire toujours, il reste au fond du conduit une rondelle dermo-périostique qui le tapisse et qui gênerait forcément l'action du ciseau. L'ablation de cette rondelle se fait au moyen d'un bistouri long, mince et droit que l'on fait tourner dans le conduit en rasant les parois, puis on l'enlève avec une pince. Toujours à ce moment il se produit une hémorragie que l'on tarit au moyen de tampons stérilisés simples, ou au moyen de tampons imbibés d'une solution hémostatique.

L'opérateur a devant les yeux la membrane du tympan qu'il incise et extrait en même temps que les deux premiers osselets; puis vient le temps capital de l'opération (il s'agit seulement de l'opération de Stacke, telle qu'il la pratiquait au début). Avec une gouge ordinaire ou avec une gouge de Stacke, on attaque la paroi externe de l'attique.

A ce moment, l'opérateur doit craindre de blesser le nerf facial. Stacke a inventé à cet effet un petit instrument qui porte le nom de protecteur de Stacke. Ce protecteur est formé d'une lame coudée deux fois, l'une des courbures siège au niveau du manche, la seconde au niveau de l'extrémité destinée à pénétrer dans l'attique et ayant approximativement la longueur de cette cavité. Donc, le protecteur introduit dans le conduit, l'opérateur le confie à un aide en lui recommandant d'exercer sur le manche une pression suivant un mouvement de bascule, qui soulèverait les débris osseux coupés par la gouge. Il doit avoir soin que le protecteur soit appliqué de façon à ce que dans le cas où la gouge déraperait soit par suite d'un coup de marteau trop fort, soit par suite d'une direction mauvaise, elle vienne buter sur la lame coudée du protecteur et s'y arrête.

La paroi externe de l'attique étant enlevée, l'opérateur a sous les yeux la partie supérieure de la caisse et peut en opérer le curettage.

Telle est la méthode employée par Stacke, et qui porte son nom. Pendant quelques années il limita là son opération, ne songeant pas à pénétrer dans l'antre, qui dans la grande majorité des cas est atteint au même degré que l'attique. Mais, à la suite de cette opération, Stacke vit que plusieurs de ses malades récidivèrent bien que pendant l'opération il avait pu se rendre compte, au moyen d'un stylet, introduit par l'aditus, que l'antre ne participait pas au processus suppuratif. Il en conclut qu'à son opération primitive, consistant simplement en l'ouverture de la logette des osselets il fallait joindre celle de l'antre.

L'ouverture de l'antre se fait encore au moyen de la gouge sous la conduite du protecteur introduit dans l'aditus. Le rôle du protecteur est encore ici d'empêcher de léser le facial pendant que la gouge abat des fragments osseux. De proche en proche, l'opérateur pénètre au fond du conduit auditif et gagne la région mastoïdienne. L'antre doit être ouvert largement et l'opérateur doit faire en sorte que la

surface de section osseuse ne présente pas de saillies qui gêneraient le drainage de la cavité dans les soins ultérieurs.

Quand l'ouverture de l'antre est pratiquée, l'opérateur doit faire un curettage minutieux de la cavité. Pour cela, il a avantage à se servir d'une curette d'une assez grande dimension: en opérant ainsi il risque moins de perforer la paroi du sinus sigmoïde, ou d'y pénétrer dans le cas où il y aurait une solution de continuité entre celle-ci et le sinus latéral. Il faut agir avec beaucoup de prudence et ne curetter fortement que lorsque l'on a acquis la certitude que les deux sinus sont séparés par une cloison solide. Pour faire le curettage de l'aqueduc de Fallope, l'opérateur doit avoir présents à l'esprit: les rapports du nerf facial et manier la curette avec une extrême prudence.

Souvent, quelques précautions que prenne l'opérateur, il arrive que le sinus latéral est ouvert; il est averti de l'accident par une hémorragie assez sérieuse qui serait rapidement mortelle, si l'on ne pratiquait pas un tamponnement serré, qui doit rester en place 5 ou 8 jours.

Quant les parois de la caisse et de l'antre ont été curettées avec beaucoup de soin, il est nécessaire de passer sur les parois osseuses un tampon imbibé de chlorure de zinc à 1/5; puis il ne reste plus qu'à bourrer les cavités de gaze iodoformée si l'on tient béante la plaie rétro-auriculaire, mais on a avantage à faire les pansements par le conduit auditif externe. Pour cela, on pratique une petite opération dont nous empruntons la description à M. Luc.

« Le conduit membraneux est maintenu béant au moyen d'une pince à dissection à ressort, que l'on y introduit fermée par le méat, et dont on laisse ensuite les branches s'écarter librement. Cela fait, au moyen d'un bistouri étroit pointu, une incision est pratiquée de dehors en dedans à partir du pavillon le long de la paroi postérieure du conduit membraneux, jusqu'à son extrémité interne sectionnée au début de l'opération. Ensuite le bistouri est placé à l'extrémité interne de l'incision sectionnant d'avant en arrière, puis de haut en bas

la paroi postérieure du conduit le long de son attache au pavillon, jusqu'au niveau de la paroi inférieure.

On se trouve ainsi avoir transformé la paroi postérieure du conduit en un volet triangulaire mobile, qui n'est plus adhérent au conduit que par son bord inférieur. C'est autour de ce bord comme autour d'un axe, qu'on fait pivoter, et la gaze introduite par le méat au moment du pansement du foyer le maintiendra appliqué sur sa paroi inférieure. On peut même, pour le le mieux maintenir en place, fixer son bord antérieur par un ou deux points de suture, à la partie inférieure de la lèvre de la plaie rétro-auriculaire. Il ne reste plus, pour terminer l'opération qu'à tamponner le foyer et à panser la plaie.

Procédé de Zaüfal

Ce procédé est le même que celui de Schwartz. L'opération se fait sous le chloroforme. Après des soins antiseptiques minutieux de la région rasée, l'opérateur pratique, à 1/2 cm en arrière le sillon rétro-auriculaire une incision verticale commençant à 2 centimètres au-dessus de la ligne temporale et s'étendant à 2 centimètres au-dessus de l'apophyse mastoïde. A l'aide d'une rugine on repousse en avant et en arrière les deux bords de la plaie, en arrière jusqu'à l'insertion supérieure du sterno-cléido mastoïdien, et en avant jusqu'à la ligne temporale. L'opérateur a sous les yeux la région osseuse sur laquelle va porter la gouge. Il décolle le conduit dans sa partie postérieure adhérente à l'os en ayant soin de détacher en même temps le périoste: puis il introduit un drain dans le conduit auditif. Sur ce drain il incise le conduit membraneux perpendiculairement à son axe, sur la partie postérieure au niveau de sa jonction avec le conduit osseux. La section étant faite, il retire le drain et au moyen d'un bistouri dont le tranchant est tourné en

haut, il sectionne le revêtement du conduit osseux à l'union de ses parois supérieure et antérieure. Ensuite il applique le bistouri au pôle postérieur du cadre tympanique et fait une section semblable, mais d'avant en arrière et de haut en bas. Il dissèque le lambeau compris entre ces deux incisions et l'extraît avec une pince. L'excision du conduit membraneux étant terminée, Zaüfal entame l'os d'arrière en avant; il forme ainsi une gouttière qui reste superficielle en arrière et qui en avant pénètre dans l'antre. Pour cela, il se servait d'une gouge assez grande et, quand il avait découvert l'antre, il faisait sauter les bords de la perforation au moyen d'une pince coupante. A ce moment, pour ouvrir l'aditus, il est nécessaire de se servir du protecteur de Stacke qui, en même temps qu'il indique la direction à suivre, permet d'éviter la blessure du nerf facial et du canal semi-circulaire externe. On fait ainsi une brèche ouverte en dehors, peu profonde à cause du nerf facial. Cette ouverture fait communiquer largement la brèche et l'antre et permet d'en faire le curettage à ciel ouvert. Le curettage étant fait, Zaüfal procédait à la confection d'un lambeau pris sur le conduit membraneux, qui tapisse la brèche osseuse et qui est maintenu en place par un pansement fait par le conduit et par la brèche. Cette brèche, quand elle est trop grande, ou quand la suppuration persiste trop longtemps, reste béante: Zaüfal n'y voit aucun inconvénient, et quand la cicatrisation est complète et qu'il reste une perte de substance même assez grande dans la région mastoïdienne, il se contente de combler l'excavation avec des tampons.

Procédé de Moure

Le sujet étant endormi et la région rigoureusement nettoyée, on pratique l'incision des parties molles. Elle suit

exactement le sillon rétro-auriculaire et s'étend de la pointe de l'apophyse mastoïde jusqu'à un centimètre environ au-dessus de l'insertion supérieure du pavillon. Les parties molles sont incisées jusqu'à l'os, on pince les vaisseaux qui donnent et au moyen d'une rugine, on dénude l'os en avant et en arrière de la plaie. Au moyen d'un écarteur spécial inventé par M. le Professeur Moure, on relève les deux bords de la plaie en avant et en arrière. L'opérateur a ainsi sous les yeux la région où va porter la gouge avec les points de repère nécessaires, c'est-à-dire la linéa temporalis et la spina supra meatum qui marque la limite supérieure de la brèche osseuse.

Après avoir décollé le conduit membraneux au moyen d'une rugine ou d'une gouge, l'opérateur attaque l'os par la partie postéro-supérieure du conduit. Il va ainsi directement à la recherche de l'antre et de la caisse en même temps. C'est ce procédé que Wolf employait dans ses autopsies; avant, M. le professeur Moure n'avait pas songé à employer cette méthode sur le vivant.

Si l'opérateur a pénétré dans l'antre rempli de fongosités et de pus fétide, il le dénude largement et fait un curettage complet de la cavité.

Pour terminer l'opération, M. le docteur Moure taille des lambeaux dans le conduit cartilagineux, de façon à hâter la cicatrisation de la plaie. A ce sujet, la façon d'opérer varie suivant la grandeur de la brèche osseuse.

Le plus souvent il suffit de faire une simple fente du conduit et d'en fixer les bords aux lèvres de la plaie.

Quand la cavité mastoïdienne est grande, ou si le conduit est épaissi, avec une lumière rétrécie, il y aura grand avantage à supprimer le conduit cartilagineux en totalité.

Enfin, il se trouve des cas où il sera prudent de tailler aux dépens du conduit de la conque un lambeau en T, plus ou moins grand avec résection des angles destiné à élargir le méat et à faciliter la surveillance de la cavité.

L'opération, telle que la pratique M. le professeur Moure, diffère encore de celle de Stacke et de Zäufal, en ce qu'il pratique la suture immédiate de la plaie auriculaire.

CHAPITRE V

Valeur des différents procédés

Après cet exposé des différents procédés d'ouverture de l'oreille moyenne, nous voyons qu'il y a en somme deux grandes méthodes. Celle de Stacke qui consiste à ouvrir d'abord la caisse et à pousser de proche en proche jusqu'à l'antre; puis la méthode de Schwartz, ou de Zaüfal, qui suit le chemin inverse, c'est-à-dire ouverture de l'antre d'abord puis de la caisse. A côté de ces deux méthodes, nous en trouvons d'autres qui portent le nom de chirurgiens qui y ont apporté des modifications, telles que la méthode de Panse, de Kœrner, etc., mais ce ne sont que des modifications de détail.

Stacke et Zaüfal ont eu de nombreux défenseurs. Les uns même se sont montrés trop exclusifs, préconisant fortement l'une des méthodes quelquefois au détriment de l'autre.

Il est indiscutable que ces deux procédés aient donné d'excellents résultats. En effet, prenons d'abord le procédé de Stacke, tel qu'il était pratiqué par son inventeur, en 1889. A cette époque Stacke se contentait d'ouvrir la caisse simplement pour pouvoir curetter l'attique, sans s'occuper le moins du monde de l'antre, qui est presque toujours atteint au même degré que la logette des osselets; d'ailleurs Stacke vit

plus tard la nécessité d'ouvrir l'antre à cause de nombreuses récidives parmi ses opérés.

Cette façon d'agir n'est pas aussi mauvaise que certains auteurs l'ont prétendu et, pour beaucoup d'auristes, cette ouverture, limitée à l'attique, n'a plus qu'un intérêt historique.

Cependant Stacke a observé des guérisons peu nombreuses, il est vrai, mais qui sont cependant une preuve qu'elle a une certaine valeur. En effet, le patient opéré de cette façon, dont l'écoulement est limité à la caisse, subit une opération beaucoup moins sérieuse que si l'opérateur établit une communication large entre la caisse et l'antre. Weismann, dans sa thèse soutient la même opinion. A côté de cet avantage il y a malheureusement de graves inconvénients; d'abord la suppuration est rarement limitée à l'attique, elle a toujours une grande tendance à s'étendre à l'antre, étant donné que dans l'immense majorité des cas les malades gardent leur otorrhée pendant des années et ne viennent consulter que lorsqu'ils sont en proie à des douleurs, souvent intolérables. Pour les guérir il faut ouvrir largement la caisse et l'antre.

Cette brèche osseuse qui fait communiquer la caisse et l'antre ne se fait pas sans qu'il y ait à craindre de blesser des organes importants. Dans cette région se trouve le nerf facial, dont la blessure amène forcément une paralysie plus ou moins complète de tout un côté du visage; la simple contusion de ce nerf amène une paralysie transitoire de plus ou moins longue durée, parfois même définitive.

Au-dessous du nerf passe le canal semi-circulaire externe, qu'il faut aussi éviter. La blessure de ces organes est d'autant plus à craindre que Stacke prescrit dans son travail de ne pas faire disparaître la partie postérieure de conduit auditif osseux, ce qui fait que le champ opératoire est très limité, et par conséquent les chances de blesser les organes sont plus grandes. Luc, dans un rapport sur cette question dit que le procédé de Stacke nécessite une connaissance trop approfondie de la région et conseille de n'y avoir recours

que lorsqu'on ne peut opérer de l'autre façon. Cette opération est certainement très délicate, mais les chirurgiens qui pratiquent couramment des opérations sur cette région en ont nécessairement une connaissance parfaite, donc l'avis de Luc ne paraît pas avoir grande valeur.

Un autre reproche adressé à ce procédé est qu'à la suite de l'opération il se produit très fréquemment une mortification partielle ou totale du conduit auditif membraneux, et de ce fait la guérison se fait attendre souvent très longtemps. Il résulte encore de cette façon d'agir qu'il se produit une astrésie du conduit, qui gêne beaucoup pour faire les pansements.

En résumé, le procédé de Stacke offre certains avantages indiscutables, mais les inconvénients nombreux lui ont fait préférer à juste raison le procédé de Schwartz ou de Zäufal.

Par le procédé de Zäufal, l'opérateur va d'abord à la recherche de l'antré. Dans cette recherche, il y a un danger à craindre, c'est d'ouvrir le sinus latéral dont la position n'est pas fixe. Cet écueil est relativement facile à éviter pour peu que l'opérateur agisse avec précaution, par petits coups de marteau, en ayant soin de se servir du protecteur de Stacke dès qu'il a découvert une cavité.

Une autre avantage de ce procédé est qu'il ne se produit pas de mortification du conduit auditif membraneux. De plus, la paroi osseuse postérieure du conduit auditif étant réséquée, l'opérateur a un champ opératoire beaucoup plus grand qui lui permet de mieux curetter la région. Il faut encore ajouter que dans la grande majorité des cas, les soins ultérieurs à l'opération sont beaucoup moins longs que pour l'opération de Stacke. Tandis que pour celle-ci la guérison se faisait attendre en moyenne de 5 à 7 mois, par le procédé de Zäufal, le malade guérit en moyenne en 3 à 4 mois.

Le principal inconvénient de ce procédé est la blessure du sinus latéral; mais elle est moins grave que celle du nerf facial. Pour peu que l'opérateur ait du sang-froid, il se rend

vite maître d'une hémorragie provoquée par une perforation, tandis qu'il est très difficile de remédier à une paralysie due à une lésion du nerf facial. Donc, quand la situation du sinus le permet, on doit préférer cette méthode à celle de Stacke.

Zaüfal a encore eu le tort de drainer la cavité par plaie rétro-auriculaire laissée béante. Grâce à cette façon d'agir, la guérison se faisait attendre quelquefois très longtemps, Pendant 5 et 6 mois, le malade était obligé de garder le pansement autour de la tête et, quelquefois même, il arrivait que le malade, malgré des opérations plastiques, restait porteur d'une perforation rétro-auriculaire. De plus, par ce procédé, la cicatrice était souvent difforme.

M. le docteur Moure proposa et pratiqua la suture immédiate de la plaie rétro-auriculaire. Il vit en effet que la plaie s'infectait très souvent, que les cicatrices étaient difformes, que souvent il restait une perforation permanente et que les méninges mises à nu dans les grandes brèches osseuses étaient susceptibles de s'infecter: quant à la durée du traitement, elle était trop longue. Ce sont ces raisons qui l'ont conduit à pratiquer la suture immédiate de la plaie faite exactement dans le sillon rétro-auriculaire. Il eut la satisfaction de voir que les malades ne présentaient que des déformations très minimes de l'oreille. De plus en taillant des lambeaux dans le conduit cartilagineux, la cicatrisation se faisait presque toujours en laissant une cavité large permettant d'inspecter par le conduit l'apophyse mastoïde et par conséquent de veiller aux récidives. Si la brèche osseuse est très profonde, les méninges mises à nu, la suture immédiate du pavillon les met à l'abri de l'infection extérieure. Quant à la durée du traitement, elle est considérablement abrégée. Au congrès de 1905, M. le Professeur Moure et M. le docteur Brindel ont publié une statistique portant sur 269 cas de cure radicale avec 251 cas de guérison et 18 morts, dont 3 seulement des suites de l'opération; les autres ont succombé soit par des imprudences qu'ils avaient commi-

ses, ou de maladies dont ils souffraient depuis longtemps. Sur ces 269 cas 144 fois les malades guérèrent en 1 à 2 mois, 46 fois en 2 à 3 mois, 23 fois en 3 à 4 mois, 6 fois en 4 à 5 mois, 9 fois en 6 mois, 3 fois en 7 mois, 4 fois en 11 mois, 2 fois en 15 mois.

Nous voyons donc d'après cette statistique que la guérison est rapide dans la grande majorité des cas et que ce n'est qu'exceptionnellement que la guérison se fait attendre très longtemps. Donc nous devons préférer la méthode de M. le Prof. Moure à celles de Stacke et de Zaüfal, car elle offre des avantages incontestables à tous les points de vue.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

M. R..., vingt ans, employé de banque, otorrhée chronique droite ancienne.

Venu pour la première fois à la clinique, le 20 octobre 1905, avec tapis adénoïdien. Depuis quatre mois, il est pris de temps en temps de douleurs intolérables et de vomissements.

A l'examen de la caisse, on constate qu'elle est granuleuse. Il n'y a plus de tympan, ni d'osselets. L'attique contient des matières caséeuses.

On le soigne d'abord par des injections et par des pansements secs : ces derniers ne sont pas tolérés.

On constate une nécrose du bord du mur.

La cure radicale est décidée pour le 6 novembre 1905.

A l'ouverture „on trouve l'antre dirigé en haut.

Des matières caséeuses et des fongosités remplissent l'attique, l'antre, le canal-tympanico-mastoïdien et la caisse. On fait une incision en T du conduit dont on résèque les deux angles. On termine par une suture immédiate.

OBSERVATION II (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

E. B..., vingt-six ans.

Otorrhée ancienne, fétide intermittente.

A eu à différentes reprises, dans la caisse, des bourgeons, qui ont été cautérisés. Le malade a des attaques de mal comital, avec des accès de sonnambulisme nocturne.

A l'examen de la caisse, on constate qu'il n'y a pas d'osselets et qu'il y a des bourgeons sur le promontoire.

L'opération est décidée pour le 25 novembre 1905.

La corticale est très dure. L'antre est en place, ses dimensions sont moyennes. Il est rempli, ainsi que l'attique, de nombreuses fongosités. Par ailleurs, on ne constate rien de spécial. Puis, on procède à la fente du conduit et de la conque. On résèque largement les deux bords et la racine de l'hélix.

OBSERVATION III (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

Mademoiselle C..., vingt-sept ans, couturière.

Envoyée à la clinique par M. le docteur Dumur, pour une otorrhée double datant de l'enfance. Le pus en est fétide. Les deux conduits sont remplis de fongosités. Le pus est particulièrement fétide à droite; le malade souffre également de ce côté et les douleurs vont en augmentant progressivement.

Venue pour la première fois, le 7 novembre 1905, la cure radicale est décidée pour le 27 novembre 1905.

A l'ouverture, on constate que de chaque côté l'antre est dans sa situation normale ; mais celui du côté gauche est petit. Les deux

autres sont remplis de pus et de fongosités. Les osselets ont disparu. On fait un curettage minutieux.

Il n'y a rien de particulier à signaler.

On incise le conduit. La conque est peu incisée. Réunion immédiate.

OBSERVATION IV (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

Otorrhée gauche, fétide, depuis l'âge de treize ans. L'écoulement du pus et les douleurs étaient d'abord intermittentes. Mais, depuis trois mois, la suppuration est devenue abondante, fétide et continue. Le malade se plaint de céphalée légère et de douleurs aiguës de l'oreille. Il est atteint de nausées et de vomissements. A la pression, on constate de la douleur au niveau de l'antre et de la pointe de l'apophyse mastoïde. Pas de troubles de l'équilibre.

La cure radicale est décidée pour le 4 septembre 1905.

A l'ouverture, on constate que l'antre est en place; il est très grand et rempli de nombreuses fongosités. On observe une arrière cavité profonde près du canal tympano-mastoïdien. Il n'y a pas d'osselets.

On procède à une incision en T du conduit et à la résection de ses bords.

Réunion immédiate. Guérison le 6 mars 1906.

OBSERVATION V (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

B. C..., dix-sept ans.

A eu la rougeole à l'âge de neuf ans et une angine il y a six mois. Le malade vient nous consulter pour une otorrhée qui, d'après lui, daterait de quatre mois. Il n'a pas de douleurs aiguës. Quelquefois, il est atteint de céphalée,

Depuis dix jours, l'écoulement du pus est plus abondant. A la pression, on constate que l'antre est douloureux. Le facial ne paraît pas lésé. La cure radicale est décidée pour le 11 décembre 1905.

Après l'incision des parties molles, on constate que la surface de l'apophyse mastoïde pigmentée. A l'ouverture, on observe des lésions inflammatoires de l'apophyse mastoïde. L'antre est très grand. En arrière de lui, on trouve une cellule diverticulaire. De nombreuses fongosités remplissent l'antre et surtout le canal tympano-mastoïdien et la caisse. A la partie inférieure de la caisse, on trouve une membrane cholestéatomateuse s'enfonçant du côté de la jugulaire.

On procède à la section en T du conduit et à la résection de ses bords. Réunion immédiate.

OBSERVATION VI (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

M... vingt-huit ans.

Otorrhée double datant de l'enfance; plus marquée à droite, consécutive à la scarlatine.

Injections depuis six ans. Pansements secs depuis trois mois.

Père tuberculeux.

Deux frères, dont un est mort de méningite tuberculeuse il y a six ans.

Deux sœurs bien portantes.

Cure radicale le 21 décembre 1905.

Grand antre, mastoïdite chronique. Fongosités et matières caséeuses. Sinus sous la corticale externe, à un demi-centimètre du conduit.

Section en T du conduit. Résection des angles.

Guérison fin février 1906.

OBSERVATION VII (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

D. C..., dix-neuf ans.

Otorrhée datant d'un an. Otite cicatricielle droite, soignée par des pansements secs depuis le 15 septembre, sans résultats.

Cure radicale le 8 janvier 1906.

Antre petit, fongueux. Fongosités dans l'attique. Section du conduit en T et légère résection au niveau de la conque.

Réunion immédiate.

OBSERVATION VIII (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

L. B..., vingt et un ans. Sellier. Pas d'antécédents.

Venu pour la première fois à la clinique le 12 janvier 1906, avec un écoulement de l'oreille gauche datant de quatre ans. L'oreille est remplie de fongosités et le pus à une odeur infecte.

Etant soldat à Libourne, il fut soigné à l'hôpital militaire pendant deux mois. Le traitement consista en injections. Envoyé en congé pendant trois mois. Pendant ce temps, il ressentit dans l'oreille des douleurs très vives, spontanées, s'exagérant par la pression, au niveau de l'antre et de la pointe de l'apophyse mastoïde. L'état général s'aggrava, il ressentit une fatigue accablante, perdit l'appétit, le sommeil devint mauvais; il eut des vertiges. A l'examen de l'organe, on constate la présence de fongosités.

C'est dans cet état que le malade se présente à M. le docteur Moure, qui lui conseilla la cure radicale.

L'opération fut pratiquée le 15 janvier 1906. Pendant l'opération, on trouva l'antre très petit et l'aditus très étroit. L'antre était rempli

de fongosités et les osselets avaient disparu de la caisse. La brèche osseuse était de petite dimension; on pratiqua une légère résection de la conque et on fit une réunion immédiate.

OBSERVATION IX (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

M. C..., vingt-sept ans. Sans antécédents.

La malade vint consulter M. le Prof. Moure pour une atorrhée datant de dix-sept ans. Le pus était d'une fétidité extrême. Depuis longtemps elle se faisait des injections, sans résultats.

La malade fut soignée, l'été dernier, par le docteur Bouyer, de Cauterets, puis par Escat, qui pratiqua l'ablation des osselets sans résultat.

M. le docteur Moure lui proposa la cure radicale, qui fut acceptée

L'opération fut pratiquée le 8 mars 1906, A l'ouverture, l'antre est très grand, fongueux, rempli d'un pus exhalant une odeur fétide; l'os lui-même a une fétidité marquée. Pas de signes labyrinthiques.

La caisse est granuleuse.

Le conduit étant épaissi, on pratique une grande résection de la conque pour éviter l'atrésie de ce conduit.

Réunion immédiate.

OBSERVATION X (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

C. M..., soixante ans. Pas d'antécédents.

La malade vint à la clinique pour une otorrhée ancienne et une paralysie faciale datant de quinze jours. Elle éprouve des troubles de l'équilibre depuis plusieurs mois. Pas de douleurs.

L'opération proposée, fut acceptée et pratiquée le 12 mars 1906

Extérieurement l'apophyse mastoïde saigne beaucoup. On pénètre dans un antre de grande dimension, rempli de fongosités. La caisse est aussi fongueuse. La paroi labyrinthique est nécrosée et on en fait le curettage. Dans la caisse, on trouve un petit séquestre qui est enlevé.

Le conduit est incisé en T et on relève les bords, simplement.

La perte de substance étant très grande, on résèque un grand lambeau de la conque et on fait la réunion immédiate.

Guérison le 15 avril 1906.

OBSERVATION XI (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

Mlle D..., dix-sept ans. Pas d'antécédents.

Déjà opérée deux mois avant de mastoïdite aiguë greffée sur une otorrhée ancienne. L'opération n'ayant pas été suffisante, limitée aux cellules mastoïdiennes, l'antre, très petit, n'avait pas été ouvert. Les deux oreilles coulent depuis l'enfance.

La cure radicale est acceptée et pratiquée le 27 mars 1906.

A gauche, les cellules mastoïdiennes et l'antre étaient remplis de fongosités. L'antre était tout petit. Le canal tympano-mastoïdien et l'attique étaient aussi remplis de fongosités.

A droite, petite cavité également. Fongosités attico-antrales.

Section des deux conduits. A gauche, simple relèvement des volets du T; de même à droite. Le conduit étant très épais, on le dédouble.

Réunion immédiate.

OBSERVATION XII (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

Mlle J. C..., dix-huit ans.

Venue à la clinique pour la première fois le 28 juillet 1905, pour otorrhée droite, fongueuse. Trois fois déjà on lui avait enlevé des excoriations du conduit.

Son otorrhée débuta aussitôt après la grippe. Elle a souffert de l'oreille droite qui a suppuré. Traitée par injections,

En janvier 1905, on enlève un polype de l'oreille; la suppuration continue. Quelque temps après, on enlève un bourgeon de la caisse du tympan. L'oreille continue à couler malgré de fréquentes injections et des cautérisations fréquentes de la caisse. La malade est, de plus, atteinte de coryza atrophique, traité par des injections de paraffine.

En novembre 1905, l'écoulement s'arrête, puis reparait au mois de mars.

M. le docteur Moure propose l'opération, qui est acceptée et pratiquée le 5 avril 1906.

L'apophyse mastoïde est fongueuse, le pus remplit toutes les cellules jusqu'à la pointe de l'apophyse. Antre fongueux. Section et résection d'une partie de la conque pour agrandir le méat. Bords sont suturés en haut et en bas.

Fermeture rétro-auriculaire immédiate.

OBSERVATION XIII (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

Mlle D..., quatre ans.

Opérée par M. le docteur Moure au mois d'août 1905, Quelques jours, l'oreille était le siège de douleurs violentes, puis survint un écoulement qui ne dura que quelques jours. Au mois de février les parents de l'enfant s'aperçoivent que l'oreille avait une mauvaise odeur et qu'elle contenait du pus. A l'examen, on trouva dans le conduit auditif des bourgeons recouverts de pus. L'enfant, très indocile, est difficile à examiner et à panser, aussi est-on obligé de l'endormir.

Au mois d'avril, curettage du conduit: la curette s'enfonce en arrière du côté de l'apophyse mastoïde dont la paroi semble effondrée. On enlève tout ce qu'il est possible de voir. L'oreille a moins coulé. La fétidité persiste.

La cure radicale est pratiquée le 19 avril.

L'oreille est remplie de fongosités. La partie postérieure du mur de la loge des osselets est détruite, et on entre dans la caisse sans s'en douter,

Antre très fongueux avec cellules diverticulaires en arrière. Manche du marteau presque complètement détruit et fongueux. L'enclume est en bon état.

Résection d'une partie de la conque.

Réunion immédiate.

OBSERVATION XIV (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

O. G..., quatre ans.

Otite moyenne suppurée datant de deux ans.

Opéré de végétations adénoïdes en janvier 1906.

Revu le 20 mars; otorrhée persiste.

Pansements secs pendant mars et avril.

Écoulement abondant, fétide; aucune douleur.

Cure radicale le 26 avril 1906.

Grand antre. Mastoïdite chronique. Cellules postérieures avec pus fétide et fongosités. Curettage.

Grande conque. Fermeture immédiate.

OBSERVATION XV (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur A. Brindel.

M. C..., quinze ans.

Atteint d'otorrhée double depuis l'âge de six mois, intermittente. L'écoulement est toujours précédé de douleurs violentes chaque fois qu'il reparait soigné à Paris par des injections.

A huit ans, l'écoulement se produisait une fois ou deux par an.

A onze ans, ablation et cautérisation de polypes dans le conduit et la caisse droite pour insufflation d'air par la trompe.

En 1905, douleurs violentes dans l'oreille avec écoulement.

La cure radicale est pratiquée par M. le Prof. Moure.

L'antre est rempli de fongosités. L'antre est à sa place, rien de particulier. Dans la caisse on ne trouve que l'enclume.

Section et résection d'une partie de la conque, lambeaux suturés en haut et en bas.

Suture rétro-auriculaire immédiate.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

A. DEMONS.

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 4 mai 1906.

Pour le Recteur, en tournée,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

G. RADET.

BIBLIOGRAPHIE

- TESTUT. — Traité d'anatomie.
POIRIER. — Traité d'anatomie.
TILLAUX. — Anatomie topographique.
LEJARS. — Traité de chirurgie d'urgence.
BROCA. — Chirurgie opératoire de l'oreille moyenne.
J.-L. PETIT. — Traité des maladies chirurgicales.
POLITZER. — Traitement des maladies de l'oreille.
ASTIER ET ASCHKINANI. — Chirurgie de l'oreille.
LUBET-BARBON. — Otite moyenne suppurée. Opération de Stacke.
LUC. — Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne.
HOLMER. — Opération de Stacke.
MOURE. — Ouverture large de la caisse et annexes.
MOURE. — Extraction des osselets dans l'otorrhée.
MOURE. — Travaux de la clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez. 1898-99. — 1902-04.
MOURE. — De la réunion immédiate du pavillon de l'oreille après la cure radicale de l'otorrhée.
WEISMANN. — Traitement des suppurations de l'attique.
ANDERODIAS. — Contribution au traitement des otites chroniques suppurées rebelles par l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne.
MALLERBE. — Traitement pétro-mastoïdien.
CHALLOGNEAU. — Traitement chirurgical des suppurations de l'oreille moyenne et de l'antre mastoïdien.
Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez.
Revue hebdomadaire des maladies du larynx, des oreilles et du nez, depuis 1890.
Revue internationale de laryngologie, depuis 1890.

